

# Antrag auf doppelten Festzuschuss zum Zahnersatz

Datenschutzhinweis:  
Die Erhebung der Daten beruht auf § 55 SGB V und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet.

Allgemeine Angaben	Mitglied	Ehegatte/Lebenspartner	weitere Angehörige
1. Familienname, Vorname			
Geburtstag			
Anschrift			
Arbeitgeber/Versicherung			<input type="checkbox"/> Familienversicherung
2. Es liegt ein besonderer Grund für den doppelten Festzuschuss zum Zahnersatz vor, weil ich (bitte Nachweis/e beifügen)			
<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII beziehe.			
<input type="checkbox"/> Kriegspferfürsorge nach dem BVG beziehe.			
<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung beziehe.			
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II beziehe.			
<input type="checkbox"/> Ausbildungsförderung nach dem BaföG oder dem SGB III erhalte.			
<input type="checkbox"/> in einem Heim oder in einer ähnlichen Einrichtung untergebracht bin und die Kosten der Unterbringung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegspferfürsorge getragen werden.			
Wenn eine der unter Ziffer 2. genannten Angaben zutrifft, brauchen die Ziffern 3. und 4. nicht ausgefüllt zu werden.			
3. In meinem Haushalt leben			
<input type="checkbox"/> der Ehegatte/Lebenspartner		<input type="checkbox"/> Anzahl der familienversicherten Kinder:	
4. Monatliche Bruttoeinnahmen (bitte Nachweis/e beifügen)			
Einkunftsart	Mitglied	Ehegatte/Lebenspartner	Familienversicherte Kinder
	EUR	EUR	EUR
Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit (z.B. Lohn, Gehalt)			
Einkünfte aus selbstständiger Arbeit			
Einkünfte aus Gewerbebetrieb			
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft			
Einkünfte aus Kapitalvermögen (z.B. Zinsen)			
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung			
Sonstige Einkünfte (z.B. Rente, Arbeitslosengeld,...) und zwar:			
insgesamt:			

Vorstehende Angaben sind vollständig und habe ich wahrheitsgemäß gemacht.

Ich verpflichte mich / verpflichten wir uns, Einkommensänderungen und Änderungen im Familienverbund der BKK HMR unverzüglich mitzuteilen.

Datum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_